

**Stellungnahme zum
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur
Reform der Vergütungsstrukturen**

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Entwurfssfassung vom 13.03.2024

der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)

30. April 2024

Grundlegendes

Gesetzgebungsverfahren

Das Gesetz sieht im Referentenentwurf drei Rechtsverordnungen vor, die der Zustimmung des Bundesrates bedürfen:

§ 135e Abs. 2 SGB V

- RVO zur Ausgestaltung der Leistungsgruppen - Erlass bis zum 31.03.2025 mit Wirkung ab 01.01.2027 vor

§ 135f Absatz 5 SGB V

- RVO zur Regelung der Mindestvorhaltezahlen - Erlass ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes (voraussichtlich also 1.1.2026) mit Wirkung ab 01.01.2027 vor

§ 12b KHG

- RVO zum Transformationsfonds – Nutzung der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 KHG (RVO zum Krankenhausstrukturfonds). Ein Inkrafttreten der Verordnung ist aktuell nicht geregelt.

Problemstellung

Die Leistungsgruppen sind im Gesetzentwurf angelegt und wirken sich direkt auf das Planungsverfahren der Länder aus. In der Anlage zu § 135e SGB V neu sind als Teil des Gesetzes die Qualitätskriterien der fünf neuen Leistungsgruppen. Mit dieser teilweisen Verknüpfung von Leistungsgruppen entsteht grundsätzlich die Zustimmungspflichtigkeit des Gesetzes.

Entsprechend Art. 80 Abs. 2, Var. 3 GG bedürfen Rechtsverordnungen gerade bei zustimmungspflichtigen Gesetzen der Zustimmung des Bundesrates. Die Argumentation, auf eine Zustimmungspflicht eines Gesetzes könne verzichtet werden, weil die ausführenden Rechtsverordnungen zustimmungspflichtig sind, widerspricht dem Wesentlichkeitsgrundsatz. Danach sind wesentliche Fragen, die vorliegend grundrechtsrelevante Auswirkungen haben, in einem Gesetz zu regeln.

Im Ergebnis sind Klagen gegen die Planungsentscheidungen der Länder vor dem Hintergrund einer ggf. nicht vorhandenen ausschließlichen Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das KHVVG absehbar, so dass eine Planungs- und Umsetzungssicherheit in der Praxis nicht gegeben ist.

Die: KHVG sieht in § 135f Absatz 5 SGB V den Erlass einer RVO zur Regelung der Mindestvorhaltezahlen erst ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes (voraussichtlich also 1.1.2026) mit Wirkung ab 01.01.2027 vor. Die Mindestvorhaltezahlen werden somit erst kurz vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur Prüfung der Leistungsgruppen bekannt gegeben.

Im KHVG selbst werden Kooperationsmöglichkeiten ebenfalls nicht rechtssicher abgebildet. Die Regelung soll über eine gesonderte Rechtsverordnung in 2025 erfolgen. Es fehlt somit an einer Planungssicherheit für Strukturmerkmale. Bei kurzfristigem Nichterfüllen eines Strukturkriteriums (ein Monat) müssen die Länder den Versorgungsauftrag entziehen. Individuallösungen, die mit dem Medizinischen Dienst abgestimmt werden, sind nicht vorgesehen. Bei der Erfüllung von Strukturvorgaben sollten auch telemedizinische Netzwerke zwischen Zentren und wohnortnahen Krankenhäusern besser berücksichtigt werden

Empfehlung

Es wird empfohlen, entweder stringent alle Leistungsgruppen den Rechtsverordnungen oder dem Gesetz zuzuordnen. Eine Teilregelung in unterschiedlichen Gesetzen bzw. Rechtsverordnungen mit zudem länderspezifischen Abweichungen erhöht die Komplexität und damit die Umsetzbarkeit in der Praxis.

Kooperationen zur Erfüllung ausgewählter Anforderungen bestimmter Leistungsgruppen müssen auch auf Dauer - und nicht nur im Wege einer einmaligen Ausnahme von 3 Jahren - möglich sein.

Infolge der inhaltlichen Offenheit der Ausgestaltung von Leistungsgruppen ist eine Bewertung der Auswirkung des Gesetzes nicht möglich.

Zeitschiene

I. Vorziehen der RVO Leistungsgruppen und RVO Mindestvorhaltezahlen

Durch die Verzögerung des Inkrafttretens des KHVG muss eine Anpassung der Umsetzungsschritte erfolgen. Insbesondere sollte eine frühere Verabschiedung der Rechtsverordnungen zur Ausgestaltung der Leistungsgruppen und der Mindestvorhaltezahlen angestrebt werden. Die Krankenhäuser benötigen zur Abstimmung der Leistungsgruppen mit den zuständigen Ministerien die inhaltliche Präzisierung der Leistungsgruppen. Aufgrund der praktischen Umsetzungserfordernisse im Medizincontrolling (u.a. Prüfungsablauf, Antragsverfahren, Rechtsweg, Definition Dokumentation und Nachweis) führt die bisherige Planung der Zeitschiene zur praktischen Überforderung aller an der Umsetzung Beteiligten.

II. Zeitvorgaben

Die Zeitschienen sind kritisch insbesondere mit Blick auf Parallelitäten zu hinterfragen:

- Beauftragung des Medizinischen Dienstes bis **30.09.2025** mit Prüfung der Leistungsgruppen für bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung geltende Leistungsgruppen (135e Abs. 4 SGBV neu)
- **30.06.2026** Ergebnisse Prüfung Medizinischer Dienst, Überprüfung durch Länder. Erst danach können die Leistungsgruppen im Land zugeteilt werden (unter Beteiligung des Krankenhaus-Planungsausschusses und Beschluss der Landesregierung).

Parallelauftrag

- Neubeauftragung Medizinischer Dienst nach Leistungsgruppen der zum **31. März 2025** erlassenen Rechtsverordnung (§ 135e Abs. 2 SGBV neu) mit Beachtung der Mindestvorhaltezahlen.
- Neuplanung bis **01.01.2027**
- 01.01.2027: Inkrafttreten RVO mit neuen Leistungsgruppen UND RVO Mindestvorhaltezahlen

Der gesetzliche Ablauf eines Krankenhausplanungsverfahrens mit Antragsstellung der Krankenhausträger, der Beteiligung des Planungsausschusses, des rechtlich vorgesehenen Anhörungsverfahrens, des Beschlusses der Landesregierung und die Herausgabe Bescheide an die Krankenhausträger völlig konterkariert. Durch die Neuregelung, nach der sowohl die Leistungsgruppen nach § 135e Abs. 2 SGB V (neu) als auch die Mindestvorhaltezahlen ab 1.1.2027 gelten, ist fraglich, ob ein geordnetes Verfahren auf Landesebene erfolgen kann. Da die Feststellungsbeschlüsse für die Leistungserbringer die Basis der Verhandlungen und Abrechnungen mit den Kostenträgern bilden, ist weder eine verbindliche Aussage zur Wirtschaftsplanung, noch zu den Geltungsmodalitäten der OPS-Strukturprüfungen bzw. zur Abrechenbarkeit von Leistungen möglich.

Bürokratieaufbau (§ 17c Abs. 1a KHG, KHVVG)

Die vorgeschlagenen Regelungen implizieren einen Bürokratieaufbau, insbesondere durch

- Mehraufwand durch Meldeinhalte und Verfahren, deren Inhalte für die Umsetzung KHVVG erforderlich sind
- Mehraufwand durch neue Melde- und Prüfverfahren im Kontext der Leistungsgruppenzuordnung (§ 6a KHG)
- Mehraufwand durch Melde- und Prüfverfahren bei der Vorhaltevergütung (§ 6b KHEntgG)
- Mehraufwand durch parallele G-BA-Verfahren und Regelungen des KHVVG
- Mehraufwand aufgrund des vom Bund vorgegebenen Planungsverfahrens insbesondere mit Blick auf die parallelen Zeitvorgaben

Intersektorale Versorgungszentren

§ 115g Absatz 1

(1) Krankenhäuser, die von einem Land nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können neben der stationären Behandlung auch sektorenübergreifende Leistungen nach Absatz 2 erbringen.

Problemstellung

Zu Satz 1:

Missverständliche Formulierung. In enger wörtlicher Auslegung, wie sie nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zu führen ist, impliziert der Wortlaut, dass sämtliche in Absatz 2 benannte Leistungen ausschließlich in sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen durchgeführt werden können. Dies würde bei enger Auslegung dazu führen, dass insbesondere Maximalversorger als auch Universitätskliniken diese Leistungen nicht erbringen können, es sei denn, sie würden ebenfalls zu sektorübergreifenden Einrichtungen deklariert werden. Eine Differenzierung nach Krankenhausgröße fände somit nicht statt, so dass der ursprüngliche Normzweck konterkariert würde.

Empfehlung

Klarstellung, wer Leistungserbringer sektorenübergreifender Leistungen sein darf.

§ 115g Absatz 2 SGB V

(2) Sektorenübergreifende Leistungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere:

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
2. ambulantes Operieren nach § 115b,
3. medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,
4. belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,
5. Übergangspflege nach § 39e,
6. Kurzzeitpflege nach § 39c.

Problemstellung

Zu Absatz 2 Nr. 1:

Eine Zulassung der Leistungserbringung nach Satz 2 Nr. 1 (vertragsärztliche Leistung) ist bislang der Kassenärztlichen Vereinigung vorbehalten. Mit der vorliegenden Formulierung wird impliziert, dass die Bestimmung des Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Zulässigkeitsvoraussetzung wird. Somit besteht die Gefahr, dass bestehende Ermächtigungen, welche einer zeitlichen Befristung unterliegen, in bedarfsnotwendigen Einrichtungen nicht erteilt werden können, soweit sie nicht als sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen fungieren.

Zu Absatz 2 Nr. 2:

Der bestehende § 115b SGB V bleibt unverändert. Nach § 115b Absatz 2 SGB V sind Krankenhäuser bereits zur Erbringung von ambulanten Operationen zugelassen. Unabhängig von der speziellen Ausweisung von Krankenhäusern als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung besteht bereits nach der aktuellen und unveränderten Rechtslage des § 115b Abs. 2 SGB V eine Zulassung zur Leistungserbringung aller Krankenhäuser. Soweit sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen eine Krankenhauseigenschaft besitzen (sollen), bedarf es der Aufzählung in § 115g SGB V nicht.

Absatz 2 Nr. 4:

Die Erbringung belegärztlicher Leistungen ist an die Krankenhauseigenschaft gekoppelt. Gemäß § 121 Abs. 2 SGB V sind Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbuchs nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Soweit sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen eine Krankenhauseigenschaft besitzen (sollen), bedarf es der Aufzählung in § 115g SGB V nicht.

Empfehlung

Klarstellung bzw. Streichung.

Begründung § 115g, S. 95

„Die Nutzung der Telemedizin bietet dennoch die Möglichkeit, in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmte Leistungen anderer Leistungsgruppen zu erbringen, wenn diese in Kooperation mit anderen Krankenhäusern mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen erfolgen. Solche telemedizinischen Kooperationen ermöglichen den nötigen fachlich-medizinischen

Austausch, z. B. zu Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen und tragen dazu bei, Hemmnisse im Übergang zu anderen Versorgungsbereichen zu vermeiden. Dies gilt für die stationären, ambulanten und pflegerischen Bereiche gleichermaßen. Hierfür bedarf es einer Investition in notwendige technische Ausstattung, so dass Telekonsilien, telemedizinische Fallbesprechungen und auch Videobehandlungen im erforderlichen Maße durchgeführt werden und eine adäquate medizinische Versorgung unterstützen können.“

Problemstellung

Die Nutzung der Telemedizin soll gefördert werden und ermöglichen, weitere Leistungsgruppen in Kooperation zu erbringen. Zur Umsetzung in der Praxis bedarf es an anderen Stellen die Ergänzung, die Telemedizin als Mittel der Wahl zu erlauben, z.B. bei der G-BA RL QSFX in Bezug auf die geriatrische Zusammenarbeit oder im Rahmen der Strukturprüfungen bei der Verfügbarkeit ärztlichen Fachpersonals binnen 30 min. am Patientenbett im Rufbereitschaftsdienst.

Empfehlung

Abgleich bestehender Rechtsverordnungen und Regelungen.

Übergangspflege

Gesetzestext Art 1, Nr. 1

In § 39e Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung im Sinne von § 115g Absatz 1“ eingefügt.

Begründungstext des Gesetzentwurfs

Die Ergänzung ermöglicht, dass Leistungen der Übergangspflege bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 nunmehr ebenso in einem anderen Krankenhaus erbracht werden können, sofern es sich um eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung handelt. Der Anspruch ist weiterhin nachrangig zu den eingangs genannten Leistungen. Die erforderliche Krankenbeförderungsleistung in die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung, die die Leistungen der Übergangspflege übernimmt, ist durch das behandelnde Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 i.V.m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 zu verordnen.

Problemstellung

Die Regelung zur Erbringung der Übergangspflege dient zur Kapazitätsbeschaffung in großen Häusern. Sie ist mit einem erhöhten Aufkommen an Transportleistungen verbunden, welche aber bereits jetzt schon knapp sind. In der Praxis finden sich genügend Beispiele, wo der Notfallversorgung aufgrund eingeschränkter Transportkapazitäten nicht oder zu spät nachgekommen werden kann. Der Fachkräftemangel in diesem Bereich steht im Gegensatz zu den geplanten Prozessen, die sich aus dem Gesetz ergeben.

Die Verordnung der Übergangspflege durch das abverlegende Krankenhaus birgt erhebliches Prüf- und Streitpotential in Bezug auf die Feststellung des Übergangspflegebedarfs, der bestehenden Kapazitätsengpässe des abverlegende Krankenhauses zur Vermeidung von nicht notwendigen Transportkosten, der Feststellung des Übergangspflegebedarfs durch das aufnehmende Krankenhaus mit ebenfalls erforderlichen Nachweisen der Kapazitätsengpässe. Fraglich werden Zustimmungserfordernisse der Kostenträger sein. Bereits bestehende Landesverträge zur bislang gesetzlich geregelten Übergangspflege weisen eine hochdetaillierte Nachweispflicht aus. Es ist davon auszugehen, dass die Komplexität bei der Dokumentation und Leistungsbewilligung durch die angestrebte Regelung gesteigert wird. Der dementsprechend vorzuhaltende Personalbedarf wird somit bei den Leistungserbringern als auch Kostenträgern und Medizinischem Dienst weiter steigen. Zugleich bestehen erhebliche Abverlegungsengpässe bei der Anschlussversorgung in Pflegeheimen.

Empfehlung

Es bedarf der Klarstellung der Prüfkompetenzen für die Übergangspflege bei Verordnung und der Regelung der Transportkosten.

Aufgrund der bestehenden Anschlussversorgungsengpässe in Pflegeeinrichtungen ist zu empfehlen, die Übergangspflege nicht nur auf 10, sondern auf 20 Tage auszudehnen.

§ 115g Absatz 2 SGB V

(2) Sektorenübergreifende Leistungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere:

...

3. medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,

...

5. Übergangspflege nach § 39e,

6. Kurzzeitpflege nach § 39c.

... Leistungen nach Satz 2 können in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden, sofern dies in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erfolgt, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind.

Problemstellung

Der Wortlaut impliziert, dass in ausgewiesenen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbrachte Übergangspflege lediglich in Bereichen erbracht werden können, die separat vom Krankenhausbetrieb als stationäre Pflegeeinrichtung ausgewiesen sind. In allen anderen Krankenhäusern gilt dies nicht, obwohl sie gesetzlich nach § 39e SGB V Leistungen der Übergangspflege erbringen. Hier liegt eine Ungleichbehandlung in der Zulassung der Übergangspflege vor, die im Bereich der intersektoralen Versorgungseinrichtung in den Pflegesektor verwiesen wird.

Empfehlung

Streichung „Leistungen nach Satz 2 können in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden, sofern dies in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erfolgt, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind.“.

§ 6a Zuweisung von Leistungsgruppen

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 3 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und eine Abweichung von den Qualitätskriterien für die Leistungsgruppe nicht nach der Rechtsverordnung aufgrund § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 zugewiesen ist, innerhalb der nachfolgend festgelegten PKW-Fahrtzeitminuten nicht flächendeckend erreichbar ist. Die PKW-Fahrtzeitminuten betragen:

1. für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, 30 PKW-Fahrtzeitminuten,
2. für die übrigen Leistungsgruppen 40 PKW-Fahrtzeitminuten.

Problemstellung

Eine Legaldefinition des Begriffs PKW-Fahrzeitminuten sollte sich im Übereinklang mit weiteren Regelungen und Richtlinien zur Verfügbarkeit medizinischer Leistungen befinden. Insbesondere sind hier Regelungen aus den OPS-Mindestmerkmalen und dem Vertragsarztrecht, aber auch aus der Rechtsprechung zum Arbeitsrecht anzuwenden. Zu berücksichtigen ist u.a. die Auswahl des Fahrzeugs, die durchschnittliche Geschwindigkeit in Abhängigkeit von der Einteilung der Straßen nach § 3 Straßengesetz und den Verkehrs- und Witterungsbedingungen sowie der Benennung des Ausgangspunktes und des Zielpunktes (In Anlehnung an den Begutachtungsleitfaden des Medizinischen Dienstes; OPS-SMB 09).

Die Verfügbarkeit einer Patientin/eines Patienten innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten im Krankenhaus ist im Regelfall nur bei durchgehender Anwesenheit der Patientin/des Patienten im Krankenhaus erfüllbar.

Sofern die Verfügbarkeit einer Patientin/eines Patienten innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten im Krankenhaus nicht durch eine durchgehende Anwesenheit im Krankenhaus sichergestellt wird, ist für die 30-minütige Wegezeit ein gesonderter Nachweis erforderlich.

Dieser Nachweis ist in Form eines unabhängigen Fahrzeitermittlungsgutachtens mit theoretischer Herleitung und praktischer Überprüfung in den regionalen Grenzbereichen (z.B. ab einer Entfernung von 20 - 25 Kilometern zwischen Wohnanschrift und Krankenhaus) zu erbringen. Nicht ausreichend ist z. B. die alleinige Vorlage einer generellen Bestätigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde durch deklaratorische Festlegungen oder die Betrachtung auf Basis der Koordinaten einer Gemeinde oder eines Ortes.

Unabhängig von der Berechnung und Fahrzeitüberprüfung der PKW-Fahrzeitminuten unter idealen Bedingungen muss die Verfügbarkeit der Patientin/des Patienten innerhalb von 30 Minuten auch unter Berücksichtigung etwaiger Verkehrsverdichtung, durch Berufsverkehr oder Verkehrsbehinderungen durch Baustellen oder Witterungseinflüsse gewährleistet sein.

Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit das Strukturmerkmal „innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten“ erfüllt ist? Welche Informationen und Unterlagen sind zum Nachweis erforderlich? Zu berücksichtigen sind neben den Rüst- und Wegezeiten auf dem Weg zum Krankenhaus auch die entsprechenden Zeiten auf dem Krankenhausbereich selbst.

Empfehlung:

Sicherzustellen ist binnen längstens 30 Minuten die Verfügbarkeit der Patientin/des Patienten im Bereich der Notaufnahme oder einer am Krankenhaus befindlichen Notfallpraxis.

Ohne die erforderlichen Nachweise ist eine Anwesenheit der Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Minuten nicht plausibel.

Entwurfstext, S. 77

„Durch die Vereinheitlichung und Zusammenführung bestehender Prüfungen zu Struktur- und Qualitätsanforderungen und weiteren Anforderungen ist davon auszugehen, dass die Erfüllungsaufwände der Krankenhäuser insgesamt gesenkt werden können.

Eine Quantifizierung ist nicht möglich, da die Entlastung wesentlich von der Ausgestaltung der entsprechenden Maßnahmen in der zu ergänzenden Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V abhängt. Zudem werden die Krankenhäuser durch den Verzicht auf große Teile der anlassbezogenen Kontrollen für Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V von laufendem Erfüllungsaufwand entlastet (vgl. § 137 Absatz 3 SGB V). Der G-BA geht bei seiner Bürokratiekostenschätzung zu den anlassbezogenen Kontrollen gemäß der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie von pauschal 22,75 Stunden Aufwand je Prüfung und je Krankenhaus aus. Nähere Informationen zur Grundgesamtheit der von den Richtlinien betroffenen Krankenhäusern liegen nicht vor, sodass keine Schätzung der Gesamtentlastung möglich ist.“

Problembeschreibung

Die Annahme der Senkung des Erfüllungsaufwandes geht an der Lebensrealität vorbei, da schon im Zuge der Einführung der StrOPS und G-BA-RL Prüfungen mehr Mitarbeiter eingestellt worden sind. Der Aufwand der Vorbereitung von Prüfungen der Strukturmerkmale der Leistungsgruppen erfordert je nach Zuordnung der Leistungsgruppen eines Hauses mehrere Stellen.

§ 115 h

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [einsetzen: Datum ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere

1. die Gruppe der Patienten, für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist,
2. die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung und
3. Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen zwischen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Vertragsärzten.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a Absatz 2.

Problemstellung

Eine Steigerung des Komplexitätsgrades, des Dokumentations- und Prüfaufwandes und damit des Bürokratiefaktors ist zu erwarten. Sie entstehen additiv zu den bestehenden Regelungen.

Empfehlung

Die Regelungen sind kohärent zu den Regelungen über Kontextfaktoren bei Operationen, Eingriffen und Behandlungen nach §115b SGB V zu entwickeln, um ein Regelungswirrwarr und Rechtsunsicherheit zu vermeiden.

§ 135e Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Soweit die Qualitätskriterien nach Satz 1 Nummer 2 Vorgaben enthalten, die nur für das Land Nordrhein-Westfalen gelten, erarbeitet und veröffentlicht der Medizinische Dienst Bund bis zum [einsetzen: drei Monate nach Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] eine bundeseinheitliche Prüfgrundlage zur Anwendung der entsprechenden Vorgaben des jeweiligen Landes im Rahmen der Prüfungen nach § 275a.

Problemstellung

Unter verfassungsrechtlichem Blickwinkel begegnen die in einer „Prüfgrundlage“ des Medizinischen Dienstes geregelten Sachverhalte mit deutlichen Bedenken, weil das Rechtsstaats- und das Demokratieprinzip verlangen, dass der demokratisch legitimierte Gesetzgeber die wesentlichen Entscheidungen selbst in Gesetzesform trifft (Wesentlichkeitstheorie). Der Medizinische Dienst als Verwaltungsbehörde hat nur eine abgeleitete, sozusagen „verdünnte“ demokratische Legitimation und soll deswegen nicht mit zu viel Entscheidungsgewalt ausgestattet sein.

Die Regelungen im vorgelegten Richtlinienentwurf richten sich unmittelbar auch an die Krankenhäuser, denen die auszufüllenden Anträge, die einzureichenden Unterlagen, die Form, die Frist und das

Widerspruchsverfahren für Strukturvorgaben, die einen Leistungsanspruch auslösen oder versagen. Bei Nichteinhaltung droht die Präklusion von Leistungsbereichen. Die Prüfgrundlage ist damit anspruchskonkretisierend und gibt dem Anspruch des Krankenhauses auf Erbringung von Leistungen und dem damit verbundenen Vergütungsanspruch die abschließende Gestalt.

Die Erfahrungen in den Strukturprüfungen zeigen Defizite bei Kenntnis des Arbeits- und des Betriebsrechtes auf. So wurden mehrfach ungeeignete Dokumente als vorzulegender Nachweis benannt.

Empfehlung

Die Prüfungsgrundlage ist mit Krankenhausgesellschaften und Fachgesellschaften abzustimmen.

§ 275a Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen

(1)... Bei Prüfungen zu Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 sind unangemeldete Prüfungen zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine angemeldete Prüfung den Prüferfolg gefährden würde.

Problemstellung

Die Wortwahl impliziert, dass der Erfolg einer Prüfung der Nachweis einer Verfehlung des Geprüften wäre bzw. vice versa der Nachweis einer guten Qualität ein Misserfolg wäre. Außerdem erübrigt sich bei "Tatsachen" eine darüberhinausgehende Prüfung. Zur Vermeidung von Streitpotential und zur Einhaltung des Rechtsstaatsprinzips sind die Prüfgründe bei der Prüfung offenzulegen.

Empfehlung

Besser wäre die Formulierung: „wenn begründete Hinweise mit einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass nur bei einer unangemeldeten Prüfung eine angemessene Sachverhaltsermittlung möglich ist. Die Hinweise sind bei der Prüfung offen zu legen.“

§ 275a Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen

(2)...Die Prüfungen nach Satz 1 führt der Medizinische Dienst soweit möglich einheitlich und aufeinander abgestimmt durch, verwendet Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach diesem Absatz wechselseitig und führt die Datenbank nach § 283 Absatz 5 zu den in den Standorten der Krankenhäuser nach Satz 1 geprüften Strukturen und weiteren Anforderungen; vorliegende Zertifikate und Daten aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d sind im Rahmen der Prüfungen zu berücksichtigen.

Problemstellung

Diese Aussage ist zu konkretisieren: Bei Vorliegen eines Zertifikats ist eine zusätzliche Prüfung ausgeschlossen, um Doppelprüfungen zu vermeiden. Wenn z.B. das Qualitätssiegel Geriatrie vorgelegt wird, erübrigt sich die Prüfung der Erfüllung der Mindestmerkmale für die geriatrische Frührehabilitation.

Empfehlung

Die Aussage ist zu konkretisieren. Die PrüfVV als auch die Strukturprüfungen (StrOPS-RL) sind entsprechend zusätzlich zu harmonisieren, um Dreifachprüfungen zu vermeiden.

§ 275a Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen

(2)...Die beauftragende Stelle nach Satz 1 oder Satz 2 hat den Medizinischen Dienst innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des Gutachtens auf offensichtliche Unstimmigkeiten oder Unklarheiten hinzuweisen und diese mit dem Medizinischen Dienst anschließend innerhalb von zwei Wochen abzuklären; sofern erforderlich, ist das Gutachten zu korrigieren.

Problemstellung

Sachlogisch falsch, da die beauftragende Stelle nicht in der Lage ist, inhaltliche Fehler festzustellen.

Empfehlung

Das betroffene Krankenhaus muss einen Anspruch darauf haben, das Gutachten ebenfalls zu erhalten, um Fehler festzustellen und rechtliche Schritte einleiten zu können.

§ 275a Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen

(3).....Krankenhäuser, die eines oder mehrere Qualitätskriterien einer oder mehrerer Leistungsgruppen über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich dem zuständigen Medizinischen Dienst, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf elektronischem Wege mitzuteilen. Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Satz 3 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, informiert er darüber unverzüglich die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Der Medizinische Dienst informiert das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen unverzüglich über die Nichteinhaltung von Qualitätskriterien auf Grundlage der Meldung nach Satz 3 oder aufgrund sonstiger Erkenntnisse nach Satz 4.

Problemstellung

Konkretisierung der Fristen anstelle des vagen Begriffs "unverzüglich". Insbesondere gilt dies für die Frist zwischen "mehr als einen Monat nicht einhalten" und spätestem Termin der Meldung. Der Begriff "Monat" ist abzulehnen, da die Zeitspanne variabel zwischen 28 und 31 Tagen liegt. Besser wäre eine an Wochen bzw. Werktagen orientierte Frist. Eine Legaldefinition des Begriffes „nicht einhalten“ ist erforderlich. Ab wann gilt das Qualitätskriterium als nicht eingehalten (u.a. Durchschnittliche Betrachtung? Unterschreitung eines Monatsdienstplanes infolge von Krankheit bei Nachweisen von Verfügbarkeiten oder Urlaub? Ex post Betrachtung?)

Empfehlung

Besser wäre eine an Wochen bzw. Werktagen orientierte Frist. Keine Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe bzw. Definition dieser. Zeitlich befristete Berechtigung zur Leistungs-Abrechnung trotz temporär nicht erfüllter einzelner Qualitätskriterien.

§ 275a Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen

(4) Krankenhäuser, die der Mitteilungspflicht nach Absatz 3 Satz 3 nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, dürfen in der jeweiligen Leistungsgruppe erbrachte Leistungen ab dem Zeitpunkt der Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht abrechnen. Satz 1 gilt nicht, wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach Kenntnis von der nicht oder nicht rechtzeitig

erfolgten Meldung nach § 6a Absatz 3 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe absieht.

Problemstellung

Der Zeitpunkt der Nichterfüllung ist rechtsunsicher definiert. Bei einer ex-post Kenntnis in der Gesamtschau sind ggf. bereits erbrachte und abgerechnete Leistungen innerhalb des Zeitraumes rückabzuwickeln, welche in der ex-ante Betrachtung noch nicht unter die zeitliche Definition einer Unterschreitung der Qualitätskriterien fiel. Zusätzlich fehlt eine Regelung wie mit unfertigen Leistungen zu verfahren ist, wenn diese zu wesentlichen Teilen, jedoch nicht vollständig erbracht wurde.

Empfehlung

Der Prozess sollte konkret beschrieben werden:

- 1.) Das Krankenhaus meldet die Nichterfüllung der Kriterien an die Landesbehörde.
 - 2.) Die Landesbehörde entscheidet, ob die Leistung dennoch weiter erbracht oder abgerechnet werden kann.
 - 3.) Das Krankenhaus erbringt die Leistung nicht mehr oder erbringt sie weiter.
- Die Verfahrensweise ist notwendig, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und vom Krankenhaus bereits erbrachte Leistungen zu vergüten

§ 275a Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen

(6) ... 1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die Strukturmerkmale des Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar ansehen,

Problemstellung

Dies bedeutet, dass Krankenhäuser die Strukturen ohne Erlöse über drei Monate betreiben müssen. Diese Forderung ist ein gravierender Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot und des Verbots der Unentgeltlichkeit bei der Erbringung ärztlicher Leistungen. Vielmehr sollte der Nachweis geführt werden, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Vorgaben ab dem Zeitpunkt der Anzeige erfüllt werden können. Neben haftungsrechtlichen als auch leistungsrechtlichen Fragestellungen werden zudem in der Statistik falsche Kennzahlen ausgewiesen, da die dokumentierte Leistungsbereitschaft und -erbringung als Nachweis einerseits erforderlich ist und andererseits die ärztliche Behandlungspflicht gegeben ist, wenn das Krankenhaus bereit und in der Lage ist, insbesondere bei Notfällen die Leistung zu erbringen. Weitere Auswirkungen wie die Anerkennung von Leistungen im Rahmen der Weiterbildung der Ärzte sind hier ebenfalls nicht gewürdigt.

Empfehlung

Überarbeitung.

§ 6a Zuweisung von Leistungsgruppen

(1) ...Bis zum Vorliegen des Gutachtens zum Abschluss der erstmaligen Prüfung nach § 275a Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann die Erfüllung der Qualitätskriterien, deren Prüfung bereits beauftragt wurde, durch eine Selbsteinschätzung des Krankenhauses nachgewiesen werden. Das Krankenhaus hat die Erfüllung der Qualitätskriterien in der Selbsteinschätzung zu begründen.

Empfehlung

Verfahrensweise klären: Formular für die Selbsteinschätzung, ggf. nachzuweisende Unterlagen
Adressat der Selbsteinschätzung (Landesbehörde? Landesverbände der Krankenversicherungen?
Medizinischer Dienst?)

§ 40

Aufträge an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zum Zweck der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose.

(1) ...Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte definiert alle chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose und übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 28. Februar 2025 eine Aufstellung der entsprechenden Leistungen anhand von Codes der Internationalen Klassifikation der Krankheiten nach § 301 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und von Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, jeweils auf Basis der Version für das Jahr 2023.

Problemstellung

Falsche Zuständigkeit: OPS-Kodes betreffen Verfahren unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung.

Bsp: Eine Darmresektion kann sowohl wegen einer onkologischen Erkrankung als auch wegen chronisch-entzündlichen Erkrankungen, narbigen Verwachsungen oder Blutungen erfolgen. Der Zusammenhang zwischen OPS-Kodes und onkologischen Diagnosen wird typischerweise vom InEK anhand der zum Fall kodierten Daten ermittelt.

Empfehlung

Zuordnung der Zuständigkeit zum InEK.

§ 40

Aufträge an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zum Zweck der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose.

(1) ...Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat zu gewährleisten, dass Fälle eindeutig den Indikationsbereichen nach Absatz 1 Satz 3 zugeordnet werden können und zertifiziert hierzu entwickelte Datenverarbeitungslösungen unter Berücksichtigung dieser Vorgabe

Hinweis

Es handelt sich somit um den dritten Grouper neben Fallpauschalen und Leistungsgruppen und bedeutet mithin eine Zunahme der Bürokratie. Die Befüllung der „Datenverarbeitungslösungen“ mit Informationen erfordert immer genaueres Spezialwissen. Schon heute mangelt es an den Spezialisten, die die Daten mit der erforderlichen Trennschärfe fehlerarm erheben und erfassen können. Die bisher vorhandenen elektronischen Hilfsmittel -auch mittels KI- weisen nicht die gebotene Fehlerarmut auf und bedürfen der Kontrolle durch Spezialisten.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

... 8. § 8 wird wie folgt geändert:

„Ferner dürfen ab dem Jahr 2027 Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, für die einem Krankenhaus keine Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde, dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b dürfen nicht abgerechnet werden, wenn die Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt ist oder die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde keine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mitgeteilt hat.

Problemstellung

Satz ist missverständlich formuliert.

Empfehlung

Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b dürfen abgerechnet werden, wenn die Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt ist oder die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mitgeteilt hat. Bereits heute gibt es immer wieder Situationen, in denen ein Patient versorgt werden muss, obwohl das Krankenhaus nicht die am besten geeignete Versorgungseinrichtung darstellt. Der Patient wäre ansonsten unversorgt (z.B. fehlender Platz in Kurzzeitpflege(Pflegeheim, obdachlose Patienten, nicht-Erreichbarkeit der Sozialämter wegen Überlastung,...). Hier muss ausreichen, dass das Krankenhaus die Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Bereich rechtzeitig in die Wege geleitet hat, es darf zukünftig nicht sein, dass das Krankenhaus für externe Versäumnisse das Kosten- und Haftungsrisiko trägt.

Weitere Anmerkungen zum Begründungstext:

Zu Nummer 15 - § 275a zu Absatz 1 S. 117

„Soweit möglich, sollen vor diesem Hintergrund nach Satz 3 Prüfungen in der Regel im schriftlichen Verfahren auf Basis vorliegender Daten, Nachweise und Auskünfte der Krankenhäuser erfolgen.“

Das schriftliche Verfahren ist nach der Praxiserfahrung ressourcenintensiver als das mündliche Verfahren. Eine Vor-Ort-Begehung führt durch den kollegialen Dialog deutlich häufiger zu Konsens und vermeidet regelmäßig Widersprüche oder gar Klageverfahren. Diese Fakten werden sowohl von den Krankenhäusern als auch vom Medizinischen Dienst, wie auch Fachgesellschaften übereinstimmend vorgetragen. Eine Begründung, weshalb die erfolgreichen mündlichen Fallbesprechungen wieder abgeschafft werden sollen, ist gerade vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit (auch der Begutachtung) nicht erkennbar.

Satz 5, S. 118

„Zur Sicherstellung eines stringenten Verfahrens wird vorgegeben, dass die Übermittlung von Prüfunterlagen innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung durch den Medizinischen Dienst zu erfolgen hat.“

Die Frist ist in Anbetracht der weiteren Prüfungstatbestände in den Krankenhäusern neben den Leistungsgruppen (StrOPS, G-BA, EQS...) zu kurz bemessen. Durch die kurze Bearbeitungsfrist entstehen zusätzliche Personalaufwände. Gerade beispielsweise auch bei Verbringungsleistungen liegen externe Dokumente und Belege häufig erst verspätet vor und dürfen aufgrund der strengen Ausschlussfristen auch nicht mehr nachgereicht werden.

Im Ungleichgewicht dazu hat der Medizinische Dienst jedoch 10 Wochen Zeit zur Erstellung des Gutachtens (Zu Absatz 2 ganz unten S. 119).

Zu Absatz 3 S. 121 (Mitte)

„Nach Satz 2 werden die Qualitätskriterien ab Ausstellungsdatum des Gutachtens für längstens zwei Jahre als erfüllt angesehen, soweit die Einhaltung der Qualitätskriterien im Rahmen der Prüfung festgestellt wurde.“

Dieser Turnus ist neben dem anderen Prüfgeschehen unrealistisch und mit der Formulierung „längstens“ insofern unbestimmt, als er Interpretationsspielräume innerhalb der zwei Jahre erlaubt. Zur Rechtssicherheit sollten grundsätzlich 3 Jahre festgeschrieben werden. Ausnahmen sind entsprechend der Kompetenz der Länder einzuräumen.

Bereits zu Beginn des letzten Jahres der Gültigkeit ist der Prüfungsprozess erneut zu starten und umsetzen, dementsprechend bei einer Gültigkeit von 2 Jahren mit Ablauf des ersten Jahres. Unabhängig davon erscheint angesichts der teilweise in sich widersprüchlichen einzelnen Schritte in der Umsetzung des KHVVG fraglich, ob die Länder zu diesem Zeitpunkt bereits die erforderliche Anpassung der Krankenhausgesetze vornehmen konnten.

S. 111 zu Absatz 2

„So könnte in einer Leistungsgruppe beispielsweise das 20. Perzentil der Behandlungsfälle vorgeschlagen werden („Cut-Off“), das im Ergebnis dann dazu führt, dass Krankenhausstandorte, die unterhalb des 20. Perzentils der gesamten Behandlungsfälle eines Kalenderjahres je Leistungsgruppe liegen, die Mindestvorhaltezahle nicht erfüllen.“

Das statistische Verfahren, welches aus einem Perzentil der Gesamtfallzahl eines Kalenderjahres je Leistungsgruppe abgeleitet wird, ist sicherlich mathematisch zunächst nachvollziehbar. In der logischen dynamischen Anwendung des Planungsinstrumentes in den jeweiligen Folgejahren würde denotwendig am Ende jeweils eine Klinik übrigbleiben, sofern im jeweiligen Kalenderjahr die Minderleistung ersatzlos entfielen. Da ein Evidenznachweis für die Annahme des „Cut off“ als auch eine Grenzwirkung im entgegen gesetzten Sinnes (Grenze nach unten) fehlt, ist diese Darstellung aus juristischer Sicht angreifbar.

In der vorgeschlagenen Vorgehensweise liegt ein Mengenanreiz zur Ausweitung.

Der Vorstand

Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling